N° 93

DE

LA COXA VARA

SYMPTOMATIQUE D'ARTHRITE SÈCHE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 31 Juillet 1902

PAR

Louis MOULIS

Né à Puéchabon (Hérault), le 9 janvier 1873

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine



MONTPELLIER

IMPRIMERIE GUSTAVE FIRMIN, MONTANE ET SICARDI

Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson

—

1902

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. MAIRET (✻) . . . . Doyen
FORGUE . . . . Assesseur

Professeurs

Hygiène	MM. BERTIN-SANS (✻)
Clinique médicale	GRASSET (✻).
Clinique chirurgicale	TEDENAT.
Clinique obstétric. et gynécol	GRYNFELTT.
— — ch. du cours, M. Vallois.	
Thérapeutique et matière médicale. . . .	HAMELIN (✻)
Clinique médicale	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerv.	MAIRET (✻).
Physique médicale	IMBERT
Botanique et hist. nat. méd.	GRANEL
Clinique chirurgicale	FORGUE.
Clinique ophtalmologique	TRUC.
Chimie médicale et Pharmacie	VILLE.
Physiologie	HEDON.
Histologie	VIALLETON.
Pathologie interne	DUCAMP.
Anatomie	GILIS.
Opérations et appareils	ESTOR.
Microbiologie	RODET.
Médecine légale et toxicologie	SARDA.
Clinique des maladies des enfants	BAUMEL.
Anatomie pathologique	BOSC

Doyen honoraire : M. VIALLETON.

Professeurs honoraires : MM. JAUMES, PAULET (O. ✻).

Chargés de Cours complémentaires

Accouchements	MM. PUECH, agrégé
Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées	BROUSSE, agrégé
Clinique annexe des mal. des vieillards. .	VIRES, agrégé.
Pathologie externe	de ROUVILLE, agr.
Pathologie générale	RAYMOND, agrégé.

Agrégés en exercice

MM. BROUSSE	MM. VALLOIS	MM. IMBERT
RAUZIER	MOURET	BERTIN-SANS
MOITESSIER	GALAVIELLE	VEDEL
de ROUVILLE	RAYMOND	JEANBRAU
PUECH	VIRES	POUJOL

M. H. GOT, *secrétaire*.

Examinateurs de la Thèse

MM. ESTOR, *président*.	MM. DE ROUVILLE, *agrégé*.
FORGUE, *professeur*.	L. IMBERT, *agrégé*.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation

A LA MÉMOIRE

DE MON ONCLE ET DE MA TANTE CH. MAURY

A TOUS LES MIENS

L. MOULIS.

A M. LE PROFESSEUR ESTOR

A M. LE PROFESSEUR-AGRÉGÉ RAUZIER

En témoignage de reconnaissance et de respect.

C'est à regret que je me sépare de tels Maîtres, mais c'est avec un vif plaisir que je leur restitue un peu de tout ce que je leur dois, en leur donnant un public témoignage de ma profonde reconnaissance pour leurs soins si dévoués, pour leurs bons conseils, pour leur amitié.

L. MOULIS.

INTRODUCTION

Durant notre stage dans le service de chirurgie infantile de l'hôpital Suburbain, nous avons eu l'occasion d'observer, chez une fillette de onze ans, une affection de la hanche gauche qui fut diagnostiquée : coxa vara compliquée d'arthrite sèche. M. le professeur Estor attira notre attention sur ce fait que, dans le cas actuel, la coxa vara ne devait être certainement qu'une complication de l'arthrite et nous engagea à rechercher des cas analogues où les affections de la hanche pouvaient s'accompagner du tableau symptomatique de la coxa vara.

C'est pour ces raisons et sous l'inspiration de notre maître que nous nous sommes proposé de faire de la *coxa vara symptomatique d'arthrite sèche* le sujet de notre thèse inaugurale.

Nous croyons être un des premiers à considérer la coxa vara, non plus comme une affection toujours essentielle,

mais, au contraire, fréquemment secondaire à des affections diverses de l'articulation coxo fémorale.

Notre plan sera le suivant :

I. — Nous rapporterons d'abord la description complète de notre cas.

II. — Nous ferons ressortir les parentés et les différences cliniques avec les diverses affections de la hanche, puis nous conclurons au diagnostic d'arthrite sèche compliquée de coxa vara.

III. — Nous en rapprocherons les cas analogues que nous avons pu trouver dans la littérature.

IV. — Et nous conclurons à la rareté de la coxa vara essentielle caractérisée par une symptomatologie particulière — et à la grande fréquence de la coxa vara symptomatique.

La coxa vara essentielle est une malformation du col fémoral de croissance.

La coxa vara symptomatique — ou mieux l'incurvation symptomatique du col fémoral (1) — peut se voir comme conséquence de lésions inflammatoires, tuberculeuses, ostéo-myélitiques, rachitiques, congénitales, traumatiques du col fémoral.

Nous espérons avoir apporté notre faible contribution

---

(1) Frœlich. — Coxa vara. *Revue d'orthopédie*, 1902, page 93.

à l'étude de cette récente maladie de l'enfance, « qui renferme encore tant d'inconnu » (Kirmisson).

Notre camarade Goldenberg, M. le docteur Ardin-Delteil, chef de clinique à la Faculté, et M. l'abbé Lhuiller, professeur de langues en ville, se sont mis généreusement à notre disposition pour nous faciliter l'intelligence des textes allemands. Nous les en remercions bien sincèrement.

DE

LA COXA VARA

SYMPTOMATIQUE D'ARTHRITE SÈCHE

I

Voici l'observation qui a été le point de départ de ce travail.

Observation

(Service de chirurgie infantile de M. le professeur Estor

B... (Antoinette), âgée de 7 ans, domiciliée à G..., entre à l'hôpital le 17 mars 1902, pour une affection de la hanche gauche.

Antécédents héréditaires. — Père alcoolique, mort de maladie indéterminée.

Mère bien portante.

Pas d'autres frères ni sœurs.

Antécédents personnels. — L'enfant a été très mal nourrie, n'étant pas élevée par sa mère. Elle a été nourrie

au biberon avec du lait de vache non stérilisé et dans de si mauvaises conditions hygiéniques qu'elle a gardé la diarrhée pendant presque tout son nourrissage. Elle a commencé à marcher à l'âge de 11 mois. Quelques mois après les premiers pas, elle fut prise d'une violente douleur dans la hanche gauche, au point que sa mère dut la garder au lit pendant quatre mois. La mère assure qu'avant cette période douloureuse l'enfant était bien conformée, avait les deux jambes pareilles, et ne boitait absolument pas. Soignée surtout par le repos au lit et des applications quelconques sur la région malade, l'enfant se remit petit à petit et reprit la marche vers le 18e mois. A ce moment-là et pour la première fois elle a marché en boîtant et sans douleur jusqu'à aujourd'hui.

Etat actuel. — Cinq ans après ce début de boiterie, l'enfant nous est amenée le 17 mars 1902.

Elle mesure 1m05 comme taille et pèse 18 kilogr.

Voici ce que nous constatons :

Examen pendant la marche. — L'enfant boîte d'une façon manifeste. Elle s'incline très nettement du côté gauche, mais elle ne présente pas le balancement et le plongeon caractéristique de la luxation congénitale unilatérale ; de plus, il n'existe qu'une légère ensellure.

Examen dans la station debout. — Peu d'atrophie de la fesse. Rotation du pied en dehors, abaissement du pli fessier du côté gauche d'un travers de doigt environ. Les deux pieds reposant sur le sol, le membre inférieur droit est en flexion légère. Légère ensellure. Le bassin est nettement incliné à gauche vers la hanche malade. Scoliose de la région lombaire à convexité droite vers le membre sain. Lorsque le membre inférieur droit, le membre sain, est complètement étendu, le talon gauche ne porte

pas sur le sol. Le pli de l'aine est effacé à gauche. L'abdomen est volumineux.

Examen dans la position allongée. — Le membre inférieur gauche mesure de l'épine iliaque antéro-supérieure à la pointe de la malléole externe 47 cent. 5 de longueur. Le droit : 49 cent. 5.

La cuisse gauche mesure, comme dimension maxima, 28 cent. 5.

La droite : 13 cent. 5.

Le mollet gauche : 19 cent. 5.

Le droit : 20 cent. 5.

Dans le décubitus dorsal, la pointe du pied gauche regarde en dehors. A l'examen de la hanche on constate que la tête du fémur est dans sa position normale, mais si on regarde la hanche gauche par sa face externe, on voit dans la région trochantérienne une saillie plus accentuée que du côté droit. Le trochanter dépasse en hauteur et en largeur ses dimensions habituelles. Le bord supérieur du grand trochanter dépasse la ligne de Nélaton-Roser d'un peu plus de 2 centimètres. Si on mesure à droite et à gauche la distance qui sépare le bord supérieur du grand trochanter de la pointe de la malléole externe, on trouve pour chaque côté 46 cent. 5.

Mouvements de l'articulation coxo-fémorale gauche. — Lorsque la cuisse est pliée en flexion maxima, elle fait encore avec la paroi abdominale un angle de 45° environ. Les mouvements d'abduction sont limités de moitié. Il y a des craquements articulaires très nets. Lorsque l'enfant placé dans le décubitus dorsal a les deux jambes allongées, on constate un raccourcissement de 3 centimètres environ et l'on ne peut pas, comme dans la luxation congénitale, le faire disparaître par des tractions sur le membre.

Pas d'incurvations rachitiques du côté des fémurs et des tibias.

Pas de déformations thoraciques de cette nature.

Rien aux membres supérieurs.

Crâne normal. Rien d'anormal dans la dentition.

L'enfant mange très peu, elle n'est cependant pas très maigre.

Les mouvements de flexion du pied sur la jambe sont incomplets et paraissent limités par de la contracture des muscles de la région postérieure du mollet. Nous pensons que cette contracture est due à la position habituelle du pied en équinisme, position destinée à compenser le raccourcissement du membre inférieur gauche.

Rien au cœur. Rien aux poumons.

La marche est indolore. L'enfant prétend même que lorsqu'elle marche assez elle ne souffre pas.

Pas de douleur à la pression sur la tête du fémur. Pas de douleur à la pression à la partie postérieure de l'articulation. Les mouvements que l'on fait effectuer à l'articulation sont indolores.

Nota — Nous venons de revoir cette enfant (10 juin 1902) à l'occasion de ce travail, trois mois après que cette observation a été rédigée. La syptomatologie n'a en rien varié. L'attitude, la démarche, les symptômes articulaires, l'indolence persistent encore aujourd'hui.

L'enfant court toute la journée, parfaitement habituée à son infirmité, dont elle ne fait plus cas.

II

DISCUSSION DE CETTE OBSERVATION AU POINT DE VUE DU DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

Le diagnostic de la coxa vara a donné lieu à de nombreuses erreurs. Nous n'en voulons pour preuve que la date récente (1888) de la première description de cette affection. De plus, ne trouve-t-on pas chez les malades qui en sont atteints des signes qui appartiennent à des affections symptomatiquement voisines ? Ce qui importe avant tout, c'est de procéder à un examen minutieux du malade dont on a à déterminer l'affection. C'est ce que nous nous sommes efforcé de faire en rédigeant notre observation.

Hofmeister recommande de porter l'attention sur les points suivants : atrophie de la cuisse, longueur relative et absolue de l'extrémité atteinte, position du grand trochanter par rapport à la ligne de Nélaton-Roser, angle maximum des mouvements d'abduction, de rotation en dedans et en dehors, de flexion et d'extension. « On évitera, en procédant à cet examen, tout mouvement brusque, dit F. de Quervain (1), et l'on commencera par de petites

---

(1) F. de Quervain. — Coxa vara. *Sem. Médic.*, 1898, p. 45.

excursions, pour empêcher toute résistance musculaire, même involontaire, du malade. »

Par la recherche du chapelet rachitique, parfois la seule trace du rachitisme qui subsiste, on s'assurera si le sujet est ou non atteint de cette affection.

Certains chirurgiens même, comme Hofmeister et Rüdinger, veulent que l'on pousse l'investigation jusqu'à l'usage du chloroforme ; d'autres ont constaté que l'anesthésie n'exerce pas une influence sensible sur le résultat de l'examen. Kraske, au contraire, en est partisan. Nous croyons cependant qu'il n'y aurait avantage à l'emploi de la narcose que si le malade était observé pendant une période douloureuse ; en dehors de cette éventualité, il n'y aurait aucun bénéfice à faire courir les chances — toujours préoccupantes — de l'anesthésie. Il est un mode d'investigation dont on ne saurait se passer aujourd'hui en chirurgie et particulièrement dans l'étude de l'affection présente, nous voulons parler de la radiographie.

La première maladie dont il faille discuter un peu sérieusement le rapport avec la symptomatologie présentée par notre malade, est la coxalgie.

Coxalgie. — A la période de début, ce sont surtout la douleur et la claudication, nous disent les classiques, qui attirent l'attention. La lassitude rapide à l'occasion de marches ou de fatigues relativement modérées, des douleurs mal définies et fugaces ne font guère soupçonner autre chose qu'un désordre articulaire qui s'installe sans qu'il soit possible de pouvoir rien préjuger ; l'âge même du malade, tout paraît à ce moment-là prêter à une erreur de diagnostic. Bientôt après apparaît la contracture musculaire de défense, qui immobilise le membre en rotation

en dehors, légère abduction et flexion. Cette flexion est le résultat d'un réflexe de défense qui a pour but de mettre l'articulation dans une position de moindre douleur ; quelque peu accusée qu'elle soit, elle constitue un symptôme différentiel de haute valeur. On peut la mettre en évidence très facilement : le malade s'étend horizontalement sur son lit, en fléchissant le genou et la hanche du côté sain jusqu'à ce que la colonne lombaire touche bien le plan du lit ; il sera impossible, dans cette position, d'amener la jambe du côté malade en contact avec le lit, elle se placera toujours en flexion. S'il s'agit de coxa vara, au contraire, il sera parfaitement possible d'appliquer les deux membres sur le plan du lit et de les y maintenir parallèles en extension complète, sans la moindre gène et sans la moindre douleur.

Cette attitude était obtenue sans difficulté chez notre malade, et c'est pour cela que nous éliminons le diagnostic de coxalgie.

Comme le dit Duplay (*Chir. clinique*, 1897), le diagnostic de la coxalgie, quelques difficultés qu'il présente dans certains cas, est toujours possible pour qui sait rechercher, coordonner et interpréter la série des symptômes classiques, avec leurs caractères particuliers, leur mode d'apparition et de succession.

Chez les sujets atteints de coxalgie avancée avec luxation spontanée ou ankylose en position vicieuse, une erreur de diagnostic n'est guère possible.

Charpentier, dans sa thèse, dit avoir rencontré dans le musée du professeur Lannelongue une pièce de coxalgie portant le n° 500 et la légende suivante : « Coxotuberculose, agrandissement cotyloïdien, diminution du volume de la tête, col à angle droit avec la diaphyse ». Il est

frappant, dit Kirmisson (1), de voir que les personnes qui ont rédigé la légende ont noté elles-mêmes cet affaissement du col fémoral en dehors de toute idée préconçue, à une époque où il n'était pas question de la coxatare.

L'existence de cette pièce légitime donc notre paragraphe de diagnostic différentiel.

CARIE SÈCHE. — Avant de clore ce paragraphe de la tuberculose articulaire, nous dirons quelques mots d'une affection également tuberculeuse décrite par Wolkmann comme spéciale à l'épaule, et qui, d'après une remarque d'Ollier, pourrait également s'observer à d'autres articulations et notamment à la hanche. La carie sèche est une tuberculose circonscrite caractérisée par une ostéite atrophiante des surfaces osseuses. Ce processus, dit Gangolphe (2), est déterminé par des bourgeons fongueux qui érodent l'os ; il en résulte un aspect très accidenté, anfractueux, des foyers superficiels et profonds ronds ou ovalaires, séparés par des cloisons de tissus restés debout. Cela continue jusqu'à ce qu'il ne reste plus qu'un tronçon ou même rien du tout. Il s'ensuit des déformations et des déplacements articulaires, sans fièvre, sans suppuration, et avec très peu de douleur, le tout « au milieu de la santé la plus florissante. »

C'est là une affection rare et qui n'a pas été signalée chez l'enfant. Nous la rapprocherons de ces coxalgies atténuées et torpides que le professeur Kirmisson (*Revue d'orthop.* 1887, page 238) décrit comme se réduisant à quelques douleurs assez légères qui n'empêchent pas la marche, une

(1) Kirmisson. — Difformités acquises de l'app. locomoteur, p. 391.

(2) *Traité de chirurgie.* Le Dentu-Delbet, tome III, p. 552.

certaine diminution des mouvements, une atrophie et une adduction peu marquées, « peu à peu le membre s'atrophie et se place dans l'adduction sur la cuisse, d'où l'ascension du bassin du côté correspondant ».

Luxation congénitale de la hanche (1). — Le raccourcissement du membre, la claudication, un certain degré de lordose nous font penser à la luxation congénitale. Pouvons-nous l'éliminer ? Oui ; nous croyons qu'il est possible de faire un diagnostic précis en se basant sur les considérations suivantes. Les mouvements dans la L. C. sont plus étendus que normalement, tandis qu'ils sont plutôt restreints chez notre malade. La rotation en dehors et l'adduction s'exécutent facilement dans le cas de luxation congénitale, mais ils sont limités dans notre cas La L.C. est caractérisée en plus par la possibilité d'imprimer au fémur un mouvement de glissement plus ou moins prononcé dans la fosse iliaque et de modifier de cette façon la longueur relative de la jambe. Chez notre malade, au contraire, ce mouvement fait absolument défaut et cette fixité de la tête dans le cotyle est un grand caractère de la coxa vara.

Enfin, il est possible dans le cas de L. C. de palper la tête du fémur dans la région fessière dès qu'on met le

---

(1) Zehnder. — Ueber Schenkelalsverbiegung (Central. f. Chir. 6 mars 1897) relate 6 observations personnelles, dont une intéressante comme diagnostic. Le malade fut opéré pour luxation congénitale de la hanche, et au cours de l'intervention, l'auteur rectifia l'erreur et diagnostiqua coxa vara.

N. — Ce diagnostic, cependant, est contesté par le professeur Kirmisson (*Revue d'orthopédie*, mai 1897) dans l'analyse qu'il fait du travail de Zehnder ; il en fait une tuberculose atténuée torpide.

membre en forte adduction avec flexion et rotation en dedans. Or, chez notre malade, cette exploration est complètement impossible ; tout ce que l'on sent, c'est le grand trochanter augmenté de volume et remonté, mais la tête elle-même n'est pas accessible aux doigts Comme dernier argument contre la L. C., nous dirons que, pendant la marche, la claudication que présente notre malade est légère et ne saurait nullement être comparée au plongeon si caractéristique de la L. C., et que l'attitude dans la station debout ne permet de constater qu'un léger degré de lordose lombaire et non pas cette ensellure énorme et constante qui caractérise la L. C. ; de plus, dans cette dernière maladie la claudication spéciale apparaît dès les premiers pas de l'enfant ; or, notre fillette a marché normalement, nous dit sa mère, pendant les quelques mois qui ont précédé le début de sa maladie (1).

Arthropathies syphilitiques. — Serions-nous en présence d'une syphilis héréditaire ayant amené une arthropathie analogue à celles décrites par Gangolphe (2) et constituées par le développement de productions spécifiques dans le tissu osseux de l'articulation, une épiphysite gommeuse accidentellement articulaire après avoir amené la destruction du cartilage ? Nous ne le croyons pas. Les manifestations de la syphilis sont plutôt des arthropathies que de véritables arthrites, parce qu'elle fait surtout des lésions des épiphyses qui retentissement secondairement

(1) Kirmisson et Jacobson. — Arthropathies dans la syph héréditaire. *Rev. d'Orthop.* 1897. p. 366.

Gangolphe. — Maladies infectieuses et parasitaires des os.

(2) Brun. — Un cas de coxa vara. *Rev. d'orthopédie*, nov. 1898, p. 425.

sur les articulations voisines. Des formes cliniques étudiées récemment par le professeur Kirmisson, nous ne retiendrons que l'ostéo-arthropathie déformante. C'est une forme tout à fait exceptionnelle. Il n'en existe que deux observations. Elle est caractérisée par une déformation épiphysaire spéciale, une sorte de végétation ostéophytique qui bourgeonne à l'aventure et donne des figures des plus bizarres (Fournier). Elle est caractérisée par des craquements articulaires, parfois des attitudes vicieuses et des atrophies musculaires portant sur tout le membre. Outre que ces manifestations articulaires de la syphilis sont rares, elles arrivent presque toujours à la suppuration, et quand la guérison se produit elle s'accompagne toujours d'ankylose

D'autre part, nous n'avons relevé dans les antécédents héréditaires que l'alcoolisme paternel. La mère, elle, est douée d'une excellente santé et ne nous a pas paru présenter de stigmates de syphilis.

Décollement épiphysaire. — C'est une affection dont nous devons la connaissance à la radiographie. Le professeur Kirmisson, qu'on ne saurait assez citer quand on traite une question de chirurgie infantile, l'a étudiée dans son dernier ouvrage et, plus récemment encore, dans le *Bulletin de la Société de chirurgie* (1902, page 686) en citant le cas suivant :

« Jeune fille de 13 ans qui, en dansant en rond avec ses compagnes et sans faire de chute, avait ressenti brusquement une violente douleur dans la hanche gauche. Elle avait pu continuer à marcher pendant huit jours. C'est seulement au bout de ce temps et parce que les douleurs ne s'amendaient pas qu'elle vint à l'hôpital sur les conseils de son médecin. Nous pûmes alors constater une

crépitation manifeste dans les mouvements imprimés à la jointure, une rotation totale du membre en dehors et un raccourcissement de 2 centimètres. La radiographie démontre dans ce cas une ascension du grand trochanter et du col, déplacés par rapport à la tête, restée dans ses rapports normaux avec la cavité cotyloïde elle-même ; de plus, il est possible de voir sur la plaque, entre la cavité et le col, une masse interposée, masse en forme de croissant, située plus bas que le col et qui répond exactement par sa forme et ses dimensions à la calotte sphérique que représente l'épiphyse supérieure du fémur décollée.

On comprend que dans ce cas une consolidation vicieuse puisse donner naissance à tous les symptômes qui caractérisent la coxa vara.

Le diagnostic se fait par la radiographie.

Coxa vara essentielle. — La coxa vara essentielle des jeunes enfants existe manifestement. Lanenstein en a fourni la preuve évidente.

« Nous-même, dit le professeur Kirmisson (1), nous en avons rencontré un certain nombre d'exemples chez les très jeunes enfants. »

Brun en a publié un cas (2). Il s'agit d'une fillette de 13 ans qui présentait la démarche habituelle aux luxations congénitales doubles de la hanche. La radiographie démontrait nettement chez elle que la tête du fémur était en place, mais qu'il y avait un affaissement très marqué des deux cols du fémur.

Pour la coxa vara de l'adolescence, dit le même auteur, il y a matière à discussion. « D'après certains auteurs,

(1) Kirmisson. — *Difformités acquises*, p. 385.

(2) Brun. — *Revue d'orthopédie*, nov. 1898, p. 425.

Hofmeister en particulier, il s'agirait d'une déformation qui est loin d'être rare puisqu'il en a relevé 45 observations. Or, de notre côté, quelque soin que nous ayons mis à la rechercher dans l'adolescence, nous devons avouer que nous ne sommes parvenu que très rarement à la découvrir. Et cependant, nous n'avons pas eu dans cette recherche d'autre but que la vérité : cependant aussi, c'est par centaines que nous voyons les difformités de l'adolescence telles que le genu valgum, le pied plat et la scoliose. On ne peut pas dire que les difformités dues au rachitisme tardif soient plus rares en France qu'en Allemagne. Je soupçonne, par conséquent, qu'il y a de part ou d'autre une erreur : ou c'est moi qui ai laissé passer sans les reconnaître les exemples de cette malformation qui ont pu tomber sous mes yeux, ou ce sont les auteurs étrangers qui ont englobé indistinctement dans une même description les altérations de forme du col fémoral, qu'elles soient primitives, qu'elles succèdent au traumatisme, à l'arthrite déformante, à la coxalgie. »

Il nous paraît bien établi, après cette citation et la récente discussion (25 juin 1902) de la Société de chirurgie, que le groupe de la coxa vara dite essentielle est un groupe d'attente dont la description manque nécessairement de relief et de précision. Il n'y a pas de maladie essentielle, et ici comme partout la déformation est secondaire à une lésion locale ou générale. La coxa vara essentielle serait celle dont la déviation du col constituerait toute la maladie. Nous en distinguons soigneusement l'affection qui nous occupe, car toute cette discussion a pour but de prouver qu'elle a succédé à une arthrite antérieure.

Dans notre cas, nous n'avons pas affaire à une entité pathologique distincte, mais à un symptôme surajouté à

l'arthrite comme il se surajoute dans le cours de troubles pathologiques variés.

Arthropathies blennorrhagiques. — Nous éliminons également les manifestations articulaires de la blennorrhagie. Il est, comme une loi, admis aujourd'hui par tous les classiques que les monoarthrites gonococciques ne guérissent spontanément que par l'ankylose. Ce processus plastique ankylosant triomphe toujours, même lorsque l'arthrite a amené des désordres osseux graves pouvant amener quelquefois aux subluxations.

Arthropathies nerveuses. — Les manifestations morbides articulaires que peuvent provoquer les affections du système nerveux sont de deux sortes, bien différentes l'une de l'autre : les arthropathies hystériques, qui sont dans la majorité des cas des arthralgies sans lésion ; et les arthropathies par affections cérébrales, médullaires ou névritiques, qui sont à peu près toujours accompagnées de lésions trophiques des éléments constituants de l'articulation atteinte et sont, par suite, des arthropathies trophiques. Le résultat négatif de l'examen de l'appareil nerveux de notre malade nous permet de les éliminer complètement.

Conclusion. — Nous conclurons de cette discussion que notre malade est atteinte d'arthrite déformante gauche compliquée de coxa vara.

Voici quelles sont les raisons qui justifient ce diagnostic :

En faveur de la coxa vara nous avons : l'atrophie de la cuisse, qui ne mesure que 28 cm. 5 de circonférence alors que la droite saine mesure 31 3/4 ; la longueur relative du

membre atteint, qui ne mesure que 47 cm. 5 de l'épine iliaque antéro-supérieure à la pointe de la malléole alors que le droit mesure 49 cm. 5; la position du grand trochanter, qui dépasse la ligne de Nélaton-Roser de plus de 2 cm. 5; l'angle maximum des mouvements d'abduction qui sont limités de moitié, de flexion qui ne dépassent pas 45°, l'attitude du membre dans la station debout : rotation en dehors, les pieds étant joints et le membre droit complètement étendu ; l'effacement du pli de l'aine ; la saillie du grand trochanter qui est plus accusée en hauteur et en largeur que normalement ; enfin la radiographie, qui nous montre le col du fémur dévié de sa direction normale et devenu presque horizontal dans la portion qui a résisté encore au processus destructeur de l'arthrite.

En faveur de l'arthrite déformante nous avons : les craquements articulaires, nettement perceptibles par la malade et par le chirurgien, et les désordres osseux que nous montrent les deux radiographies ci-jointes.

Ces deux planches sont la reproduction grandeur naturelle des clichés n[os] 1.620 et 1.621 de la collection de M. le professeur Imbert. Nous ne reproduisons que la région de la hanche qui nous intéresse spécialement, le reste étant normal, afin de conserver les dimensions exactes des originaux.

Ces deux épreuves sont remarquables en ce qu'elles montrent avec précision l'augmentation de volume du grand trochanter, la déviation du col, la disparition complète de la tête et la destruction à peu près complète de la cavité et du sourcil cotyloïdiens.

Sur une troisième épreuve que nous ne pouvons reproduire à notre grand regret, on aperçoit des ostéophytes qui hérissent la silhouette du grand trochanter, témoignant du processus irritatif dont l'os a été le siège.

La tracé lithographié a été calqué au transparent sur la plaque elle-même et reproduit exactement en grandeur naturelle. Il montre bien la différence de niveau des deux têtes articulaires, l'ascension de la gauche vers la crête iliaque et l'état normal de la hanche droite.



Fig. [illegible] — [illegible]

III

Voici les quelques observations analogues à la nôtre que nous avons pu rencontrer dans la littérature. Nous n'avons pas la prétention de reproduire toutes celles qui se rapportent à ce point spécial de chirurgie ; l'impossibilité où nous nous sommes trouvé de découvrir les originaux de certains cas mentionnés par divers auteurs nous oblige à présenter ces réserves. Néanmoins, nous croyons que le résultat de nos recherches bibliographiques a été assez fructueux pour que nous nous sentions autorisé à dire que nous avons fait œuvre consciencieuse quoique bien modeste.

Observation Première

Maydl (1)

P. B., fille de 15 ans, entre le 16 mai 1895, présente ce qui suit comme anamnèse :

Père vivant et bien portant.

Mère morte de cardiopathie.

Sept frères ou sœurs bien portants.

---

(1) Maydl. — *Wiener Klinische Rundschau*, 7 mars 1897.

Était bien portante jusqu'à il y a un an. N'est pas encore réglée.

Il y a un an, la malade glissa du pied droit, en descendant les escaliers, sur le côté droit et dégringola six marches. Après sa chute, elle n'éprouva aucune douleur et cependant fut frappée de ce fait que sa jambe droite était un peu plus courte. Toutefois, après avoir marché assez longtemps, une légère douleur apparut au-dessus du milieu de la cuisse droite. Quatorze jours après la chute, la douleur se localisa à la hanche. Alors elle fait appeler un médecin qui lui prescrit un topique : la douleur persistant, elle se décide à entrer à la clinique.

État actuel. — Complexion très forte. Tous les organes sont normaux.

La jambe droite se trouve en abduction, flexion et rotation en dehors. Il y a un raccourcissement réel de 4 centimètres (le membre sain mesure 92 centimètres).

Le trochanter dépasse de 4 centimètres la ligne Nélaton-Roser.

Les mouvements actifs ne sont possibles qu'avec la participation du bassin.

Les mouvements passifs peuvent s'exécuter en immobilisant le bassin, mais ils sont de très peu d'étendue : cependant on ne peut pas admettre qu'il y ait ankylose.

A l'examen local, on trouve un état anormal de la tête du fémur, qui est grossièrement défigurée, au-dessus de la cavité articulaire, juste sous le bord du bassin, entre le tubercule ilio-fémoral et l'épine antérieure que l'on peut palper.

La malade boite manifestement, mais n'éprouve aucune douleur pendant la marche.

Nous portons le diagnostic, d'après cet examen, de arthrite déformante traumatique avec raccourcissement



Fig. 11. — Le même en rotation en dehors

de 4 centimètres, qui nous paraît suffisant pour légitimer une intervention. Nous intervenons le 31 mars 1894.

A l'aide d'une incision postérieure, la capsule est ouverte Elle contenait quelques gouttes de synovie. La tête du fémur est tellement augmentée de volume que nous ne pouvons pas passer la scie. Nous déchirons le ligament rond par une rotation forcée en dedans, puis la tête, devenue libre, est séparée du reste de l'os au moyen du ciseau à 1 cent. 05 ; le col devient accessible ainsi et nous le ruginons alors sur une longueur de 1 cent. 05.

A l'examen de l'acétabulum on trouve la partie postéro-inférieure dépourvue de revêtement cartilagineux. Le cartilage restant est mince, de sorte que par places l'os est mis à nu. La cavité articulaire était manifestement déformée en avant et en haut, de telle sorte qu'elle était plutôt elliptique que ronde.

La malade sort le 13 juillet guérie.

Description des pièces. — La tête est aplatie, élargie et allongée dans le sens de la verticale. Sa projection sur un plan dessine une poire à petite extrémité supérieure. De cette extrémité supérieure étroite part le ligament rond déchiré. Ses dimensions sont obliquement 7 centimètres, et verticalement 7 centimètres. Les faces comme les bords sont parsemés d'ostéophytes granuleux, en forme de crête, de la grosseur d'un haricot. Le revêtement cartilagineux est très mince mais persiste néanmoins. A la coupe, la partie épiphysaire est complètement rongée et a presque disparu ; il n'en reste qu'un tout petit morceau qui paraît surajouté au col et mesure 2 cent. 5 de saillie. Le col présente des travées spongieuses, au centre desquelles se voit une large lacune d'érosion.

Observation II

(Maydl)

J. K... mineur, 18 ans, entré le 12 juillet 1895.

Père bien portant.

Mère souffre de rhumatisme au pied gauche.

Cinq frères ou sœurs ; un frère fut opéré l'an dernier d'adénite cervicale.

Le malade fut bien portant jusqu'à cette dernière maladie. Il l'attribue à un faux pas qu'il aurait fait en marchant sur un morceau de charbon. Les premières douleurs se montrèrent deux jours après cet incident. Il ajoute aussi une grande importance étiologique à sa profession, qui l'oblige à soulever de lourdes hottes de charbon et à pousser des wagonnets toute la journée. Des médecins consultés prescrivirent des topiques, sans résultat. Un peu plus tard, il s'aperçut de l'atrophie qui envahissait le dessus de la cuisse gauche. Quand il exécute de légers mouvements, le malade ne souffre pas ; toutefois il ne peut, pendant la marche, faire plus de 60 pas de suite sans s'arrêter, car il éprouve alors un tiraillement épouvantable dans le genou gauche. Comme il travaillait depuis quelque temps, il se décida à entrer à la clinique.

Etat actuel. — Il est de grande taille, bien musclé, et de forte complexion. Viscères normaux.

Dans la station debout, le membre inférieur gauche est parallèle à l'axe médian, en rotation externe et en extension complète. La région antérieure de la hanche est enflée. Le trochanter est en forte saillie. La longueur des deux membres est la même. La distance entre l'épine

iliaque antéro-supérieure et l'horizontale menée par l'articulation du genou est de 53 centim. ; de l'épine à la malléole : 93 centim.

La circonférence de la cuisse gauche a 42 centim.; celle de la cuisse droite 45 centim. Il n'y a ni mouvements passifs, ni mouvements actifs dans l'articulation. Ils se passent tous dans le bassin.

La résection nous parut indiquée et fut faite le 23 juillet par un de nos aides. Incision postérieure jusqu'à la capsule, ouverture et résection : guérison en un mois.

Description des pièces. — La tête n'est plus hémisphérique mais presque plate. Il ne reste plus rien du ligament rond. La surface articulaire se prolonge en arrière de 2 centim. 5, elle empiète sur le col ; elle mesure horizontalement 8 centim. et verticalement 5 centim. Le bord antérieur de la surface articulaire ancienne aussi bien que celui de la surface néoformée sont occupés par des ostéophytes osseuses en forme de stalactite. Vue de face, on aperçoit un sillon de résorption d'une profondeur de 1 centim. qui court concentriquement autour de la moitié de la tête et dont les bords, en partie mousses, en partie en arête, sont couverts de concrétions blanches cristallisées.

Le cartilage est très mince et manque sur plusieurs des ostéophytes. L'épiphyse a presque disparu. Entre ce qui en reste et le cartilage articulaire on trouve par places des portions d'os dénudé de 2-4 millim. de largeur. Des lacunes de résorption pénètrent jusqu'à 1/2 centim. dans la profondeur de la spongieuse du col, qui présente en plus un dépôt d'os calcaire friable.

Observation III

(Maydl.)

M. F., 18 ans, homme de peine, entre le 25 février 1895.

Père inconnu, mère bien portante, un frère mort en bas âge.

Pendant l'été de 1895, en sautant une haie, il se blesse au genou, boîte quelques jours et guérit spontanément ; un peu plus tard, à la fête de la moisson, il put très bien danser. C'est à ce moment-là que des douleurs apparurent dans la cuisse gauche, qui irradiaient jusqu'au genou. On lui prescrit des applications locales qui amènent une certaine amélioration. Cependant, il souffrait de temps à autre, mais très peu et sans boîterie. Avant la Noël de 1895, étant occupé à abattre des arbres, il glissa; craignant de tomber sur la jambe gauche malade, il fit un effort vers la droite, éprouva une douleur (comme une piqûre) à la hanche gauche et tomba sur le côté droit. Il put se relever tout seul, mais ne pouvait marcher alors que sur la pointe du pied ; il boîtait péniblement, appuyé sur sa hache, pour se rendre à son habitation, éloignée d'un quart d'heure de là.

Depuis ce moment, il boîte en marchant et ne peut plus fléchir la jambe. Après avoir traîné quatre semaines chez lui à s'occuper des travaux domestiques, il entra à l'hôpital de L... où il fut traité par des bains chauds et des frictions, sans résultat.

Etat actuel. — Garçon de forte complexion.

En examinant les deux hanches, nous sommes frappé de la saillie en forme d'angle formée par le trochanter. Le

membre est en flexion légère et rotation en dehors.

Il y a un raccourcissement apparent de 3 centim. et réel de 1 centim. 5. Le trochanter dépasse la ligne de Roser-Nélaton de 1 centim. 5. Les mouvements sont abolis complètement. Ils ne sont exécutables dans toutes les directions que dans une faible étendue avec la participation du bassin.

Le malade, pendant la marche, appuye manifestement sur la jambe gauche. En examinant de plus près la région, nous palpons sous la branche horizontale du pubis une saillie osseuse qui, d'après sa configuration, nous paraît être la tête du fémur. Il nous est même possible de tâter le col d'une façon indubitable. Nous aurions diagnostiqué une luxation antéro-supérieure si les circonstances invoquées par le malade avaient été d'une plus grande importance ; tout au plus pensions-nous avoir affaire à une luxation pathologique dont le processus étiologique nous échappait complètement. Nous résolûmes d'intervenir. Le 24 mai, nous fîmes une incision antérieure qui commençait à 2 centim. sous l'épine antéro-supérieure et descendait de 10 centim. verticalement. Après la section des muscles nous arrivons sur le col, qui, étant donné le cartilage dont il était revêtu, nous en imposa pour la tête. La tête était fortement appuyée sous l'épine contre l'os coxal en un point où, après sa section, nous pûmes constater l'existence d'une cavité dans laquelle probablement le col exécutait ses mouvements. Après les avoir ruginés, le col et la tête furent sectionnés au voisinage des trochanters. Dans la cavité articulaire nous ne constatons rien d'anormal, si ce n'est que le diamètre vertical paraît un peu agrandi. Ce sont surtout le col et la tête qui nous offraient les modifications les plus importantes. Le col était infléchi en crosse d'évêque, de telle sorte que le

bord inférieur de la tête était en contact avec la diaphyse du fémur au voisinage du petit trochanter. Ce que nous avions pris pour la tête pendant le premier temps de l'opération n'était pas autre chose que la face supérieure du col ainsi repliée. Nous étions en présence du cas le plus évident de coxa vara.

Suture. Drainage. Les suites ne furent pas apyrétiques; on dut, à cause de la suppuration abondante qui provenait du fond de la cavité cotyloïde, attendre jusqu'au 27 mai pour exécuter les premiers mouvements. Les bains chauds et l'électricité permirent au malade de quitter l'hôpital en complète guérison le 16 juin 1896.

Description des préparations. — Si nous examinons la tête, voici ce que nous apercevons : au lieu de voir le cartilage articulaire se terminer au niveau de ses limites normales à l'équateur de la tête, on le voit déborder celle-ci en arrière de près de 2 centim. et descendre obliquement sur la face antérieure du col. Le col et la tête sont incurvés d'arrière en avant et de haut en bas, en forme de crosse d'évêque, de sorte que la face supérieure du col se continue, revêtue de cartilage, avec la partie correspondante de la tête. En avant et en-dessous, entre la tête et le col, s'enfonce un sillon profond de 3 centim., très étroit, en forme de crevasse, présentant sur ses deux faces une couche de périoste infiltré de concrétions calcaires quelque peu exubérantes. La partie antéro-inférieure de la tête (presque jusqu'au voisinage de la fossette du ligament rond) n'est plus en relation avec le cotyle, elle vient au contact immédiat de la face inférieure du col et de la face interne de la diaphyse du fémur jusqu'au voisinage du petit trochanter. Sur la partie convexe du col ainsi incurvé, parmi de nombreuses saillies irrégulières, s'étend une crête osseuse longue de 2 à 3 centim., empié-

tant un peu sur sa face antérieure. Vu d'en haut, le col paraît aplati d'arrière en avant. En coupe, il est épais de 1 centim. 5 et mesure 5 centim. de hauteur verticale. Il présente une double courbure à concavité antérieure dans sa moitié interne, à concavité postérieure dans sa moitié externe vers les trochanters. La moitié supérieure de la tête est traversée par une épaisse travée osseuse, sa moitié inférieure est complètement spongieuse. La partie du col qui avoisine le pli de flexion est formée de tissu compact, le restant de tissu spongieux. Il n'y a pas trace de ligne épiphysaire.

Observation IV

(Maydl.)

K... I..., 17 ans, agriculteur, entre le 23 novembre 1896.

Père porteur d'une hernie.

Mère épileptique : 2, 3 crises par jour, consistant en contractures des membres supérieurs ; depuis quelque temps les contractures se généralisent à tous les muscles, s'accompagnant de perte de connaissance et de diminution de la mémoire.

Cinq frères morts en bas âge, quatre survivants sains.

A eu, étant jeune enfant, une fluxion de poitrine qui s'accompagna de signes de méningite et guérit complètement.

La maladie actuelle remonte à octobre 1895. A cette époque le malade éprouva des douleurs lancinantes au milieu de la fesse, irradiant vers le creux poplité et jusqu'à la cheville. Ces douleurs disparaissaient quand le malade gardait le repos. Cet état augmentant, à la Noël,

le malade consulta un médecin qui l'électrisa. Il fut légèrement amélioré ; mais les douleurs reparurent quand il reprit la marche. Il attribue sa maladie à un refroidissement qu'il aurait subi une nuit en restant nu, appuyé contre un mur humide de la chambre où il était couché. Les douleurs cessèrent complètement d'avril à septembre. Vers la fin de ce mois, elles reparurent avec une nouvelle intensité. Elles offrent pour caractère de cesser au repos et de reparaître pendant la marche. Depuis septembre 1896, le malade souffre, boîte et tombe sur la jambe gauche. Sa démarche est surtout oscillante.

Etat actuel. — Le malade est de haute taille et de forte ossature.

La jambe gauche est en rotation externe ; le genou légèrement fléchi. Pas de raccourcissement réel ni apparent. Les mouvements de flexion actifs et passifs sont possibles avec la participation du bassin jusqu'à un angle de 145°. Si l'on fixe le bassin, on ne peut faire exécuter au membre que de petits mouvements de flexion et de rotation ; si l'on augmente l'amplitude, le bassin suit.

Il en est de même pour l'abduction et l'adduction.

La région inguinale gauche est un peu tuméfiée.

A la palpation, nous sentons dans la région du col une formation ronde, légèrement irrégulière, modérément douloureuse. La douleur augmente notablement à une pression plus forte quand nous comprimons le crural dans la profondeur. Le grand trochanter fait une forte saillie en dehors. Nous basant sur l'impossibilité de faire exécuter les mouvements, sur les douleurs pendant la marche, l'enflure de la hanche, nous croyons être en présence d'une arthrite sèche déformante d'autant plus que la tête au voisinage du col nous paraît irrégulièrement déformée.

Le 28 novembre, nous décidons de faire la résection.

On fait une incision de 0,10 sur la partie interne du muscle couturier. Après mise à nu du col, on le résèque au voisinage du trochanter, la tête est enlevée après section du ligament rond L'examen de la tête et du col nous montre qu'il s'agissait dans ce cas d'une coxa vara combinée avec une déformation de la tête.

Le malade quitta l'hôpital, guéri un mois après.

Description des préparations. — Comme dans l'observation III, nous constatons que la tête et le col ont subi une forte flexion et qu'entre eux se trouve un sillon profond de 5 cm. La partie supérieure du col et le contour de la tête forment une ligne convexe, tandis que la partie postérieure est presque rectiligne.

En ce point la tête est lisse et semble se continuer avec le col sans rebords sensibles. Le sillon de flexion est à moitié rempli de formations osseuses irrégulières et dépourvu de cartilage.

La tête mesure horizontalement, y compris la surface néo-articulaire du col, 10 cm., et verticalement 7 cm. Le col dans toutes ses dimensions a la même épaisseur, sa section est circulaire ; diamètre, 1 cm. Sur la coupe, la ligne épiphysaire est très marquée et présente une largeur de 5 mm. Le col est en partie composé de substance compacte, en partie de spongieuse ; celle-ci est plus abondante dans sa moitié interne. La moitié interne est surtout spongieuse.

Observation V

(Dr Coville. — Société de chirurgie, 1902, p. 683.)

Garçon de 16 ans, grand pour son âge, mais peu musclé et peu vigoureux.

Comme antécédents pathologiques, on note chez lui une scarlatine à onze ans et, vers l'âge de 12 ans 1/2, un traumatisme qui aurait été le point de départ de l'affection actuelle. Ce traumatisme aurait consisté en une chute en arrière par suite du recul d'une voiture derrière laquelle il se trouvait. Il put d'ailleurs se relever sans mal apparent, il continua à travailler et revint chez lui à pied. Peu à peu cependant il se mit à boiter et sa claudication s'accentua progressivement jusqu'à l'âge de 16 ans, où il fut examiné.

Le malade marche en se dandinant et sa démarche rappelle, à première vue, celle de la luxation congénitale unilatérale, avec cette particularité que le malade plonge surtout du côté droit, c'est-à-dire du côté opposé à la hanche malade.

Lorsqu'on l'examine en avant, on voit que le membre inférieur gauche, plus maigre dans son ensemble, est dans l'extension à peu près complète combinée à l'adduction et à la rotation en dehors ; le pied offre une position modérée d'équinisme. La longueur des membres inférieurs, mesurée de l'épine iliaque à la pointe de la malléole externe, est de 91 centimètres à droite et de 87 centimètres à gauche. Mais les deux fémurs ont exactement la même longueur, c'est-à-dire 42 centim. 1/2. Le grand trochanter est à 3 centimètres au-dessus de la ligne

Nélaton-Roser. Vu de dos, le malade ne présente pas de scoliose, la fesse gauche est aplatie, le pli fessier abaissé et le talon reste à plusieurs centimètres au-dessus du sol. La région trochantérienne est très saillante. La hanche gauche n'est nullement douloureuse, mais il est impossible d'imprimer à l'articulation aucun mouvement de flexion ou de rotation sans que le bassin soit immédiatement entraîné. Tout le membre inférieur gauche est le siège d'une atrophie musculaire évidente ; la circonférence de la cuisse à sa partie moyenne mesure 45 centimètres à droite, 40 centimètres à gauche ; celle de la jambe, 28 centimètres à droite et 25 centimètres à gauche.

Le Dr Coville joint à sa communication une photographie qui permet de constater tous les détails. Il se demande quelle est la cause de la malformation qu'il a eue sous les yeux. Se fondant sur l'existence de l'ankylose, il croit qu'il y a eu une arthrite de la hanche, arthrite ayant évolué d'une façon lente et insidieuse pour aboutir à l'attitude en coxa vara.

Observation VI

(Kocher. — *In* thèse de Charpentier, p. 65).

Jean Bourquier, 18 ans, cultivateur.

N'a jamais été malade antérieurement.

Depuis un an, il a de la claudication, des douleurs pendant la marche qui ont atteint la hanche gauche puis la droite. L'affection a été en progressant ; maintenant les douleurs ne cessent plus par le repos et le malade ne peut plus parcourir qu'une seule fois la longueur de sa chambre.

État le 11 mai 1883. — Bonne constitution. Cœur et poumons normaux.

Les membres inférieurs sont parallèles. Le gauche, cependant, est dans une légère attitude d'abduction et de flexion ; ils ont la même longueur. La cuisse ne peut être mobilisée qu'avec le bassin, surtout à droite. Les membres ne sont pas altérés dans leur forme ; pas de douleur à la pression en quelque endroit que ce soit. Le malade marche très péniblement, n'utilisant pas du tout l'articulation coxo-fémorale et ne peut fléchir un genou sans l'autre. Il n'y a pas de traces de coxalgie, ni d'inflammation. Malgré la raideur de la hanche, il faut éliminer l'arthrite déformante, à cause de l'âge du patient et des rapports normaux des os à la palpation. Il s'agit probablement d'une arthrite adhésive de nature rhumatismale.

On décide de pratiquer la résection de la hanche droite et la mobilisation forcée de la gauche.

Opération le 1 juin 1883. — Résection sous-trochantérienne de l'extrémité supérieure du fémur droit. Il est très difficile de luxer la tête, à cause des fortes adhérences de la capsule au fémur. L'évolution de la plaie opératoire est normale.

Description de la pièce (nous la rappelons en quelques mots). — Le col est allongé de 3 à 4 centim., tordu dans le sens vertical et dans le sens transversal, si bien qu'il accuse une forte convexité en avant. Le cartilage de la tête est recouvert par places de tissu graisseux rosâtre ; en d'autres endroits, il est très mince.

Du côté du col, le cartilage se termine suivant une ligne sinueuse, irrégulière ; il s'amincit à ce niveau, permettant de déprimer le tissu spongieux sous-jacent.

R. — Il nous paraît, étant donné qu'il y avait un degré

d'arthrite assez prononcée, puisque le tissu spongieux sous-jacent au cartilage articulaire se laissait facilement déprimer, étant donné l'opinion des cliniciens qui admettent que l'on peut trouver cette affection chez des sujets jeunes, que Kocher s'est trouvé dans ce cas en présence d'une arthrite déformante au début — période de cette affection où les lésions sont fort mal connues.

Observation VII

(Zesas : Zeitchrifft f. chir. 1888, page 586)

A. R.., 16 ans, apprenti serrurier, entre le 16 mars 1877. Le 21 mars 1876 se fit une luxation de la hanche gauche, qui fut réduite aussitôt à l'hôpital Augusta.

Déjà pendant la guérison le patient se plaignait de douleurs continuelles et quand on le renvoya il boitait un peu.

Un an après, il se présenta de nouveau à la clinique ; il boitait encore plus, la jambe paraissait raccourcie et en rotation externe ; on pouvait par un examen attentif sentir la tête en avant et en dedans poussée vers la branche horizontale du pubis. Le malade se plaignait en plus de douleurs continuelles de la hanche.

J'avoue franchement que dans ce cas singulier tout à fait opposé à la luxation première, je n'avais nullement songé à l'arthrite déformante. Je tins plutôt à admettre qu'une fracture du bord antérieur du cotyle, passée inaperçue lors de la première luxation, avait donné lieu à ce déplacement survenu plus tard. Il aurait fallu probablement admettre que la fracture correspondant à la place de sortie de la tête était située au bord antérieur et non

au postérieur du cotyle ; de plus, qu'après la réduction de la tête, on n'avait pas constaté de tendance au déplacement. Je posais donc le diagnostic de luxation pubienne incomplète par suite de fracture du sourcil cotyloïdien. Je tentais plusieurs fois, sous la narcose, d'obtenir une amélioration de la position du membre, mais sans succès. Le 17 avril 1877, je décidais d'ouvrir l'articulation pour agir, suivant l'indication que je rencontrerais, sur la tête déplacée. Après mise à nu de l'articulation par une incision postérieure, je trouvais, à ma grande surprise, que la tête était parfaitement dans la cavité, seulement ni cavité, ni tête n'étaient normales.

La cavité était assez grande, et élargie surtout en avant, et c'est ce qui expliquait la position anormale de la tête. Celle-ci était déformée, privée en grande partie de son cartilage avec, par places, des points lisses et des cavités irrégulières d'érosion ; tout autour du col il y avait des ostéophytes en grand nombre. Il me parut indiqué de réséquer pour arrêter ce processus. Les suites ne furent pas exemptes de complications : la fièvre s'alluma, des abcès apparurent qui nécessitèrent de nombreuses incisions. Il persista une fistule conduisant dans la cavité cotyloïde qui ne disparut qu'après de nombreux curetages.

Le 12 novembre, le résultat fonctionnel est excellent, l'articulation est mobile, le malade marche avec une grande semelle de bois, sans boiter.

Observation VIII

(Riedel de Aachen. — *In* Zesas)

Fillette de 17 ans ; a remarqué que sa jambe droite depuis deux ans, à la suite d'un saut dont elle ne peut guère préciser les circonstances, est devenue petit à petit plus courte que l'autre et s'est mise en rotation externe. État le 20 février 1887 : raccourcissement réel de 4 centimètres.

Rotation complète en dehors, de sorte que le pied repose sur le bord latéral. Le trochanter dépasse la ligne de Nélaton-Roser de 2 centimètres. La tête est visible sous l'épine antéro-supérieure et sensible à la palpation pendant les mouvements. La flexion est possible ; l'adduction et l'abduction sont abolies. La rotation en dedans très faible.

Le 26 février, incision commençant sous l'épine antéro-supérieure ; on arrive sur la tête, qui est enfoncée dans une cavité tournée en avant et en haut ; le ligament rond persiste, il prend insertion en bas dans la fossette acétabulaire ; il est très allongé, et contourne la tête d'arrière en avant ; il est œdémateux et épais de 1 centimètre. Le col manque presque complètement ; la tête arrondie n'a pas de ligne épiphysaire, elle a donc presque complètement disparu. Aux coupes histologiques, on découvre le reste de la ligne épiphysaire consistant en une zone cartilagineuse étroite et renfermant des cellules rondes de tissu cartilagineux. La majeure partie de la tête est remplacée par du tissu graisseux. Il reste encore un peu de tissu spongieux normal. De petits bourrelets

osseux séparent la tête du col. Le cartilage présente des érosions dans ses couches les plus superficielles ; sa substance fondamentale renferme de petites cellules qui n'ont plus grande ressemblance avec les cellules du cartilage normal.

Suites sans réaction ; la blessure s'est normalement cicatrisée.

IV

ETIOLOGIE

En ce qui concerne l'âge, nous ferons remarquer que tous les cas que nous rapportons se rencontrent dans la jeunesse. Notre fillette Antoinette B... avait 7 ans.

F. B. (Maydl), 15 ans.
J. K. id. 18 ans.
M. F. id. 18 ans.
K. I. id. 17 ans.
Garçon (de Coville), 16 ans.
J. (Kocher), 18 ans.
A. R. (Zesas), 16 ans.
Cas de Riedel, jeune fille de 16 ans.
Cas de Nasse (rapporté par Kirmisson) (1) fillette de 14 ans.

Dans notre cas, le début est douloureux d'emblée.

Dans le premier et le troisième de Maydl, on note une chute sur la région et un traumatisme.

Dans le deuxième, c'est la profession (mineur) qui est incriminée.

Dans les cas de Coville et de Riedel, il y a des traumatismes au début de l'affection.

---

(1) *Revue d'orthopédie*, 1897, page 401.

Dans les quatre cas de Maydl il y avait de la douleur qui, au bout d'un an à un an et demi, clouait les malades au lit. Il en fut de même chez notre fillette Antoinette B...

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

De même que chez l'adulte, l'affection est essentiellement déformante (1). Les éléments de l'articulation sont le siège d'altérations, les unes destructives, les autres proliférantes, avec prédominance de la destruction. L'examen microscopique étant fort abrégé dans les cas que nous rapportons, nous nous bornerons à la description macroscopique des pièces obtenues par la résection.

D'autres que nous ont été également frappés, à l'examen des lésions, de leur analogie avec l'arthrite sèche classique des adultes et des vieillards. « Nous avons rencontré, dit E. Charpentier (page 37), dans les musées des pièces qui se rapprochent de celles de Hoffa, mais ce n'est point dans le rachitisme que nous les avons trouvées, c'est dans l'arthrite déformante. » Il reproduit des pièces du musée Dupuytren et, les commentant, ajoute : «Qu'on jette les yeux sur la figure suivante, qui représente la coupe transversale d'une articulation coxo-fémorale atteinte de lésions très prononcées d'arthrite sèche. On y

(1) L'ostéo-arthrite de la coxa vara a été décrite par Jaboulay, *Lyon Médic.*, décembre 1898, et Picqué, th. de Lyon, 1899.

voit un col fémoral très affaissé, auquel est appendu une tête déformée. Le bord inférieur de ce col est très raccourci ; le bord supérieur convexe en haut montre nettement l'incurvation. Le grand trochanter est directement appuyé sur le rebord cotyloïdien. La gêne des mouvements articulaires devait être considérable. » Il représente une autre pièce tirée également du musée Dupuytren, dont il dit : « Dans la pièce suivante l'inflexion du col dans le sens vertical est beaucoup moins prononcée, mais par contre la courbure antéro postérieure est plus marquée. Cette figure, qui représente le fémur vu par derrière, nous montre un col dont la face postérieure est concave, qui est diminué de longueur et que la tête, aplatie et étalée, déborde en bas et en arrière.

» C'est donc en cherchant dans les pièces d'arthrite déformante que nous avons trouvé la similitude la plus grande avec les pièces de Hoffa. »

Ce rapprochement entre les pièces de Hoffa et celles des musées représentant des arthrites sèches est très instructif et vient à l'appui de notre thèse, en nous montrant qu'il existe des déformations du col du fémur décrites sous le nom de coxa vara et qui relèvent manifestement de l'arthrite déformante.

Plus loin, page 41, Charpentier ajoute : « C'est dans l'arthrite déformante qu'il faut fouiller pour trouver des lésions qui ressemblent de plus près à celles qu'ont décrites Muller, Schultz, Kocher. »

On connaît les déformations les plus variées de l'arthrite sèche, déformations qui échappent, dit Quénu, à toute prévision et sont parfois toutes différentes pour une même articulation, suivant que l'usure ou l'hypertrophie prédomine, suivant qu'elles se seront localisées ou étendues en des points variables.

Le processus pathologique, hypertrophiant à la périphérie et le plus souvent raréfiant dans les parties centrales, n'atteint pas seulement la surface articulaire ; il s'étend encore à l'os sous-jacent, témoin les observations que nous citons, où Maydl trouve des incisures érosives pénétrant de 1 à 2 cent. dans le col. Sous l'influence de l'usure des parties centrales, le col s'effondre, la tête, plus ou moins irrégulièrement hypertrophiée ou érodée, descend, sous la poussée de la charge, s'accoler au petit trochanter.

Les exemples de cet affaissement complet du col sont assez fréquents. Charpentier dit en avoir rencontré dans les musées. On pourrait nous objecter que l'arthrite sèche n'est pas une affection de l'adolescence ; or, tous les cas que nous rapportons ont trait à des jeunes gens de 18 à 20 ans, et notre fillette même avait 7 ans. C'est vrai dans la généralité des cas et c'est même la thèse classique. Cependant les auteurs ne sont pas très fixés, dit Charpentier, qui soulève la même objection dans sa thèse, sur l'âge auquel apparaît ce qu'on a appelé *morbus coxæ senilis*. Kirmisson (1) dit dans son dernier ouvrage : « Le jeune âge des malades ne saurait être invoqué contre l'idée d'arthrite sèche ; pour notre part, nous avons plus d'une fois constaté l'arthrite sèche de la hanche chez des jeunes gens. » Quénu, dans son article du Traité de chirurgie, relève les contradictions des auteurs sur ce point. Pour

---

(1) Kirmisson. — *Des difformités acquises de l'appareil locomoteur*, 1902, p. 393. — Kirmisson (*Bull. Soc. de chirurgie*, 1902, p 282) dit, à propos d'une communication de M. Maunoury, avoir diagnostiqué chez un malade que lui montra M. Tuffier et que l'on croyait atteint de coxa vara, une C. V. symptomatique d'arthrite sèche de la hanche.

Colombel, la plus grande fréquence de l'arthrite sèche serait de 25 à 35 ans. Piéchaud, dans son *Précis de pathologie infantile* (page 676), signale la possibilité de l'arthrite déformante à envisager dans le diagnostic différentiel de la coxa vara. Londe (dans le *Manuel de médecine*, t. VII, p. 695) cite d'après Diamantberger que « les enfants peuvent être atteints d'arthrite sèche de la hanche ».

Mourton (*Soc. de chirurgie*, 1865, p. 87) décrit une arthrite sèche chez un militaire.

Pangam (Thèse de Paris, 1873, p. 8) dit : « L'arthrite sèche survient, en général, chez les vieillards et elle est presque toujours alors polyarticulaire ; mais on la rencontre assez souvent chez les adultes et même chez les jeunes gens ; dans ce dernier cas elle est presque toujours monoarticulaire. »

Nous devons ajouter en terminant que Marfan, dans l'article *Rhumatisme* du Traité des maladies de l'enfance (t. I, p. 512, en note), écrit : « La monoarthrite déformante ou arthrite sèche, dont le *morbus coxæ senilis* offre l'exemple le plus caractéristique, ne s'observe pas dans le jeune âge. »

Cependant, Nasse (1), au Congrès allemand de chirurgie de 1897, a fait connaître un fait du plus haut intérêt dans lequel, au cours de l'opération, il a trouvé la synoviale tapissée de produits de nouvelle formation, comme on en trouve dans l'arthrite déformante. (Il s'agissait d'une fillette de 11 ans.) Le même auteur fit dans un autre cas, chez une fillette aussi âgée de 11 ans, l'excision cunéiforme du col. Le résultat fut déplorable. La malade

---

(1) Kirmisson. — *Des difformités acquises*, p. 393.

boîte beaucoup plus qu'auparavant ; le raccourcissement qui était d'un centimètre et demi à deux centimètres s'est exagéré au point d'atteindre plus de 3 centim. 5 ; il y a une aggravation progressive ; les mouvements sont devenus plus limités ; c'est bien là la marche habituelle de l'arthrite déformante, ajoute Kirmisson en rapportant ce cas.

Sans reproduire, à propos de notre cas, ce qui serait fastidieux et inutile, la description classique de l'arthrite déformante, nous insisterons plus spécialement sur un point particulier. Broca (*Soc. anat.* de Paris 1850, p. 70) écrivait, il y a déjà un demi-siècle : « J'ai trouvé plusieurs fois sur le cadavre les bords de la cavité cotyloïde affaissés, la capsule articulaire détruite par places, la tête fémorale irrégulière et sur le point de se déboîter, des productions osseuses nouvelles développées sur le col du fémur et soulevant la synoviale, d'autres productions du même genre dans l'épaisseur de la capsule articulaire, l'érosion des cartilages, l'injection vive des franges synoviales. » N'est-ce pas la description exacte des pièces opératoires que les différents auteurs dont nous rapportons les observations ont signalées ? L'arthrite sèche peut faire des productions osseuses jusque dans les muscles voisins, comme en témoigne une observation de Debus chez un sujet de 35 ans (*Soc. d'anat.* 1869, p. 77). Ces productions nouvelles dont parle Broca, pénétrant dans les tissus voisins comme dit Debus, nous les avons trouvées également chez notre fillette, Antoinette B... ; on n'a pour s'en convaincre qu'à lire la description que nous en faisons en regardant la radiographie de sa hanche. L'analogie est donc complète et entraîne la conclusion de similitude des lésions. Nous pouvons donc conclure que l'arthrite sèche, quoique n'ayant pas été l'objet de travaux particuliers chez l'enfant,

existe bien chez ce dernier et a été signalée plusieurs fois, au moins cliniquement. Les exemples que nous en rapportons viennent corroborer ces citations en y ajoutant les constatations de l'autopsie des pièces opératoires. Sans insister davantage sur ce point, nous nous résumerons en disant que les lésions de ce que Maydl a appelées *l'arthritis deformans juvenilis* ne diffèrent en rien de l'arthrite du vieillard, du *morbus coxæ* classique de Deville. Dès lors, il n'y a pas de raisons pour que cette affection qui, comme nous venons de le voir, produit l'affaissement du col chez le vieillard, ne le produise pas également chez l'enfant. Et c'est là le titre et le but de notre thèse.

SYMPTOMES. — DIAGNOSTIC

De cette étude d'un cas particulier de coxa vara il ressort que le diagnostic de cette affection présente de très grandes difficultés. L'ensemble symptomatique est très caractéristique : adduction permanente du membre, avec rotation en dehors ; diminution des mouvements d'abduction et de rotation en dedans ; raccourcissement, ascension du grand trochanter au-dessus de la ligne de Nélaton-Roser.

Mais de tous ces symptômes, dit Kirmisson, il n'en est pas un seul que l'on ne retrouve dans la luxation congénitale par exemple. Même position d'abduction, quand la tête est passée dans la fosse iliaque externe, même ascension du grand trochanter, même limitation des mouvements d'abduction. Le seul signe différentiel, c'est la position occupée par la tête fémorale. Si donc la tête peut être facilement reconnue, il ne saurait y avoir la moindre hésitation. Dans les conditions inverses le diagnostic peut rester en suspens, et c'est à la radiographie seule qu'il appartient de lever les doutes. Aujourd'hui, du reste, l'emploi de la radiographie est indispensable dans l'étude d'une question comme celle de la coxa

vara. C'est elle seulement qui peut entraîner d'une façon absolue notre conviction.

De même pour la coxalgie et toutes les autres affections qui peuvent simuler la coxa vara. De même pour l'arthrite sèche. Dans ce dernier cas, les craquements articulaires fournis par la palpation de l'article nous paraissent acquérir une importance d'une grande valeur.

En résumé, nous concluerons que si l'ensemble symptomatique attribué à la coxa vara a quelque chose de bien net, il ne lui appartient pas en propre (Kirmisson).

Il y a donc lieu de tenir compte des antécédents et des symptômes constatés à l'examen attentif de l'articulation. Si toute autre lésion peut être éliminée, il y a lieu, mais alors seulement, de penser à la coxa vara ; le dernier mot doit toujours rester à la radiographie.

Maydl, voulant trouver des signes différentiels entre la coxa vara et l'arthrite déformante, signale que la largeur de la hanche, envisagée au niveau du grand trochanter, serait diminuée dans l'arthrite déformante, tandis qu'elle serait augmentée dans la coxa vara. Maydl est le seul auteur qui jusqu'ici ait signalé ce signe. Nous ne saurions dire s'il a une réelle valeur.

PRONOSTIC — TRAITEMENT

Nous nous sentons très embarrassés pour tracer le chapitre du traitement d'une pareille affection qui aboutit si souvent à l'impotence fonctionnelle, ou à l'ankylose. Evidemment la maladie étant aggravée par la marche et la station debout, la première indication c'est de soumettre le malade au repos au lit. L'extension continue, qui est la thérapeutique par excellence des douleurs articulaires de la hanche, sera essayée en même temps, le membre étant placé dans une bonne position. Plus tard le massage et la gymnastique amélioreront les muscles et rendront plus favorable le fonctionnement du membre.

Si par l'emploi de ces moyens, et suivant la tendance naturelle de la maladie, l'ankylose se produit, nous ne voyons pas pourquoi on irait la détruire par une résection qui nous paraît devoir être réservée aux cas seuls où les douleurs amènent une impotence absolue. Car, en somme, l'ankylose en position correcte est pour la hanche un mode de guérison qui a ses avantages, comme nous le voyons par la coxalgie, et qui n'entraîne pas une très grande gêne dans la vie. La résection est une opération qui n'est pas exempte de gravité et le raccourcissement

qu'elle procure est loin de constituer un résultat idéal (Kirmisson). Si l'ankylose était vicieuse, l'ostéotomie sous-trochantérienne, pratiquée journellement par les chirurgiens orthopédistes avec d'excellents résultats, serait parfaitement légitime et devrait être tentée.

———

CONCLUSIONS

L'arthrite déformante donne lieu à des incurvations du col fémoral.

Ces incurvations peuvent donner le tableau symptomatique de la coxa vara.

Cette coxa vara symptomatique d'arthrite sèche se montre chez les sujets jeunes, de 11 à 25 ans de préférence.

Elle apporte une gène considérable dans les mouvements de l'articulation de la hanche, car à la déformation du col vient s'ajouter celle de la tête fémorale.

La radiographie, mise au service de la clinique, pourra affirmer s'il y a ou non incurvation du col quand on trouvera l'attitude de la coxa vara surajoutée à des symptômes d'arthrite sèche, et viendra donner un solide appui au diagnostic, car la présence de la coxa vara ne peut être affirmée sans le secours de la radiographie.

BIBLIOGRAPHIE

Nous nous bornerons à renvoyer le lecteur pour la Bibliographie à l'article de Gourdon sur la coxa vara, dans la *Revue Mensuelle de Gynécologie, obstétrique et Pédiatrie de Bordeaux*, 1899, pages 33, 166, 221, qui renferme plus de cent références sur la question, presque toutes allemandes.

Nous avons consulté, en outre, les ouvrages suivants :

E. Kirmisson. — Difformités acquises de l'appareil locomoteur, 1902. Paris.

De Quervain. — Revue de la question *in Sem. Médic.*, 1898, p. 41.

Zesas. — Arthritis deformans : Deutsche Zeitschrift, f. chir., t. XXVII, p. 586.

Charpentier. — De l'incurvation du col fémoral attribuée au rachitisme. Th. Paris 1897.

Brun. — Un cas de coxa vara. *Revue d'orthopédie* 1898, p. 125.

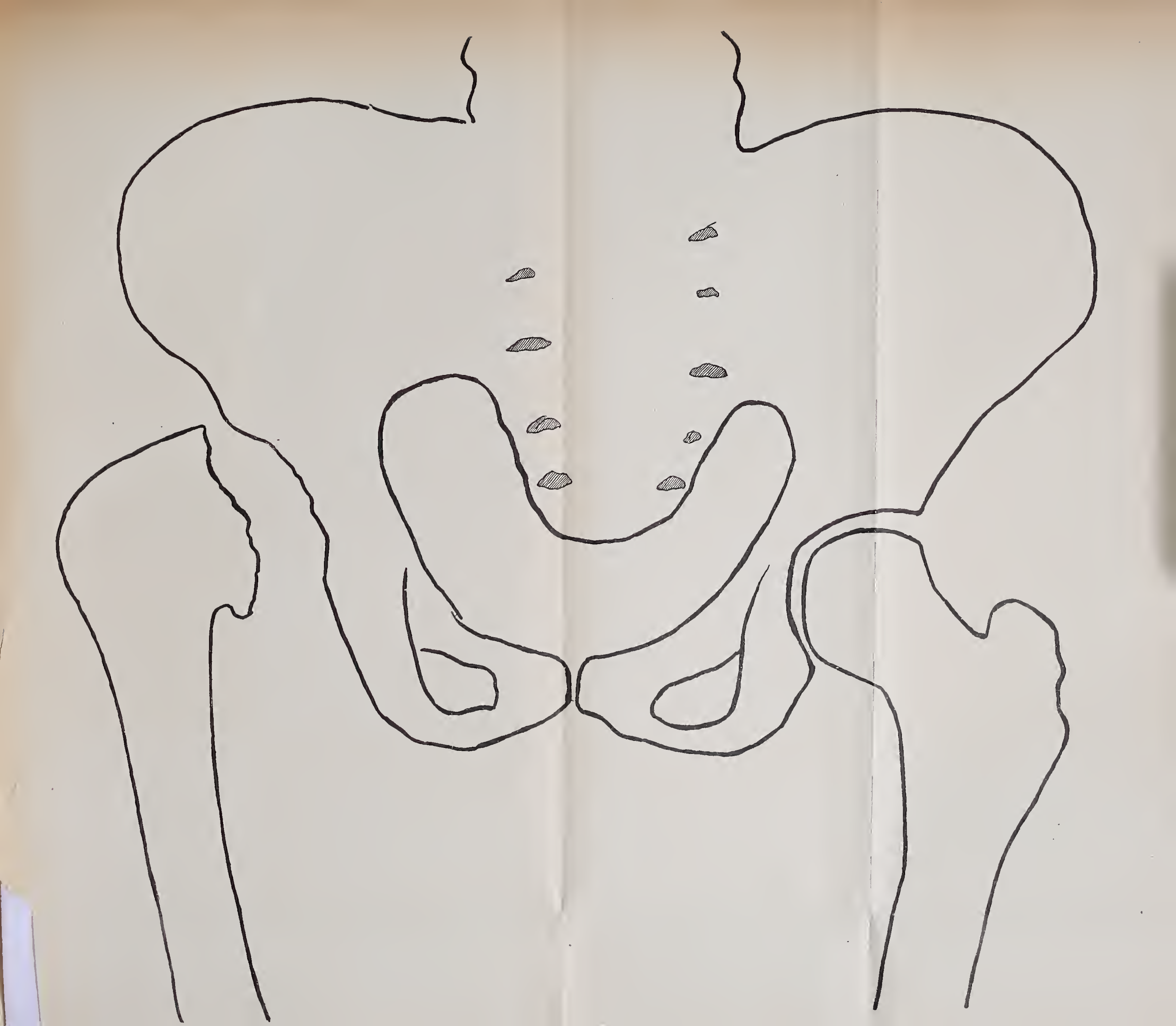
Maydl. — Coxa vara und arthritis deformans. *Wiener kliuische Rundschau*, 1897, n°s 10, 11, 12.

Divers articles de Kirmisson dans la *Revue d'orthopédie* de 1894-1898-1900-1901.

Froelich. — De la coxa vara essentielle. *Revue d'orthopédie*, 1902. p. 93.

Jaboulay. — La hanche bote et son ostéo-arthrite. *Lyon-Médic.*, 11 décembre 1898.

R. Picqué. — La hanche bote. *Rev. de chir.*, 1902, p. 110, n° de juillet.



SERMENT

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !

VU ET PERMIS D'IMPRIMER
Montpellier, le 21 juillet 1902.
Le Recteur :
A. BENOIST

VU ET APPROUVÉ
Montpellier, le 19 juillet 1902
Le Doyen
MAIRET.